

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 décembre 1882, à 1 heure.

PAR ANGELO BOLOGNESI,

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 5 janvier 1857,

Ex-interne des hôpitaux d'Angers,

Lauréat de l'Ecole de médecine d'Angers,

Ancien externe des hôpitaux de Paris.

ÉTUDE

SUR LES TUMEURS DES GAINES SYNOVIALES DU POIGNET

Président : M. GOSSELIN, professeur.

Juges : MM. } LEFORT, professeur.
RICHELOT, RAYMOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N°

30

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 21 décembre 1882, à 1 heure.

PAR ANGELO BOLOGNESI,

Né à Saumur (Maine-et-Loire), le 5 janvier 1857,

Ex-interne des hôpitaux d'Angers,

Lauréat de l'Ecole de médecine d'Angers,

Ancien externe des hôpitaux de Paris

ÉTUDE

SUR LES TUMEURS DES GAINES SYNOVIALES DU POIGNET

Président : M. GOSSELIN, professeur.

Juges : MM. { LEFORT, professeur.
RICHELOT, RAYMOND, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyens.....	M BÉCLARD.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	JACCOUD.
	PETER.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	LASEGUE.
	HARDY.
	POTAIN.
Maladies des enfants.....	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	GOSSELIN.
	VERNEUIL.
	TRÉLAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :

MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
PARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES ANCIENS COLLÈGUES DE L'INTERNAT D'ANGERS.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOSSELIN

Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Membre de l'Institut (Académie des sciences), de l'Académie de
médecine et de la Société de chirurgien,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

ETUDE

SUR LES

TUMEURS DES GAINES SYNOVIALES

DU POIGNET

AVANT-PROPOS

C'est aux chirurgiens français que revient l'honneur d'avoir étudié et décrit les affections des gaines synoviales. Depuis Desault qui un des premiers avait bien observé la ténalgie crépitante, de nombreuses recherches ont été faites et d'importantes découvertes ont été signalées. Il y a un demi-siècle on ne connaissait guère que l'inflammation des gaines synoviales tendineuses, mais depuis, de nombreux chapitres se sont ajoutés à cette étude. De nos jours encore, cette question est l'objet de l'attention générale et la récente communication de MM. Terrier et Verchère sur la synovite tendineuse tuberculeuse est venue compléter la question en ajoutant à cette étude importante, un chapitre des plus intéressants.

Notre intention est d'étudier dans ce travail les tu-

meurs des gaines synoviales du poignet. Nous laisserons de côté les synovites tendineuses aiguës et les kystes synoviaux folliculaires. Nous n'étudierons dans les synovites chroniques que la synovite à grains riziformes, et la synovite fongueuse.

Nous étudierons les lésions syphilitiques, les néoplasmes et les lésions tuberculeuses. Nous décrirons les symptômes et le diagnostic de ces différentes affections et nous consacrerons un chapitre au traitement d'après les travaux les plus récents. Enfin nous publierons les différentes observations que nous avons pu recueillir.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, de remercier notre savant maître, M. le professeur Gosselin, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse ; merci également à M. Léon Defontaine, interne des hôpitaux, de nous avoir si obligeamment communiqué plusieurs observations très intéressantes. Merci enfin à M. Polaillon, qui nous a permis de publier l'observation que nous avons recueillie dans son service.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

A la description de l'inflammation aiguë des gaines tendineuses, dans ses deux formes, sèche ou avec épanchement, se rattachent trois noms célèbres, Desault, Boyer et Velpeau. C'est surtout aux leçons de ce dernier qu'on doit une étude des plus complètes de la phlegmasie sèche des synoviales tendineuses.

Grâce aux travaux de M. le professeur Gosselin (Rech. sur les kystes synoviaux de la main et du poignet. Bull. de l'Ac. de méd., 1850), grâce à son importante découverte sur la disposition des synoviales tendineuses; l'anatomie et la pathologie de ces gaines firent de rapides progrès. L'attention des anatomistes et des pathologistes fut appelée sur ce point et l'année suivante, dans sa thèse pour le professorat, Michon ayant étudié ces mêmes synoviales en employant les mêmes procédés confirma les découvertes du savant professeur. Peu de temps après, la thèse d'agrégation de Legouest eut pour but l'étude de ces synoviales et de leurs lésions.

Jusqu'à cette époque, on n'est bien fixé que sur l'inflammation aiguë des synoviales. Les fongosités sont encore inconnues. Depuis Monro, 1799, les auteurs les ont à peine mentionnées; Brodie les étudia, leur donna même le nom de *fungus*, mais il eut le tort de

les confondre avec les dégénérescences cancéreuses et de ne pas les différencier de celles qui proviennent des articulations. Quelques observations cependant sont disséminées çà et là et en particulier, on en trouve un cas présenté par Deville à la Soc. anat., 1851. Michon a mentionné cette synovite dans sa thèse et Legouest a essayé d'en donner une description. M. le professeur Verneuil avait vu cette affection et dans son mémoire sur les fibromes (Gaz. méd., 1856) il y fait plusieurs fois allusion. Il faut arriver jusqu'à la thèse inaugurale de Bidard (Paris, 1858) pour en voir une bonne description. 22 observations dont 12 inédites y sont réunies. Ce grand nombre de faits et les pièces anatomiques intéressantes qui lui furent communiquées par M. Verneuil, permirent à cet auteur de tracer les caractères anatomiques et la symptomatologie de cette affection qui n'avait pas été décrite avant lui.

Les tumeurs synoviales à grains riziformes avaient fixé l'attention de Dupuytren, et personne avant ce grand maître n'en avait indiqué les principaux caractères d'une manière aussi précise. Il méconnut cependant leur nature, en regardant ces grains riziformes comme des hydatides. Velpeau les regardait comme des concrétions d'albumine, de fibrine, de lymphé plastique ou même de pus, mais Michon démontra dans sa thèse, que ces corpuscules n'étaient autres que de simples végétations détachées de la surface interne du kyste et froissées les unes contre les autres. Nicaise a affirmé depuis que ces corpuscules pouvaient être formés dans certains cas, par des lamelles d'exsudat détachées des parois des gaines synoviales.

Parmi les tumeurs sur lesquelles les auteurs étaient

le moins d'accord, on peut citer en première ligne, les kystes synoviaux folliculaires qu'on rencontre fréquemment à la face dorsale du poignet et qui longtemps ont été étudiés sous le nom de *ganglions*.

La connaissance exacte de l'origine, de la nature, du siège de ces ganglions est due tout entière à M. le professeur Gosselin. Avant lui J. Cloquet, Olivier (Dict. des sc. méd.) appelaient du nom de ganglions l'hydropisie véritable des membranes synoviales non articulaires. Nélaton donnait ce nom aux collections séreuses de la gaine des tendons et Velpeau dans ses leçons cliniques substituait volontiers à la *dénomination* de ganglions celle de kystes synoviaux qu'il divisait en synoviaux articulaires et synoviaux tendineux. L'origine de ces kystes était aussi controversée. Pour certains auteurs ils résultaient de la rupture d'une synoviale dont le liquide s'était épanché et enkysté au milieu du tissu cellulaire. Lévillé, Boyer, Richerand les regardaient comme une production particulière de ce tissu. Bégin avec d'autres chirurgiens soutenait que ces kystes étaient dus à une hernie de la synoviale et il supposait l'existence d'un épanchement à l'intérieur de la synoviale. Il fallait démontrer l'existence de cet épanchement. Barwell trancha la question en émettant une nouvelle théorie tendant à démontrer qu'il pouvait y avoir hernie de la synoviale sans hydarthrose. C'est alors que parut le mémoire de M. Gosselin dont nous avons déjà parlé. Dans la deuxième partie de ce mémoire, M. Gosselin démontra que ces kystes n'étaient pas une production du tissu cellulaire, qu'ils n'étaient pas dus à la hernie d'une synoviale articulaire ou tendineuse à travers

une éraillure aponévrotique. Il nous apprit l'existence des cryptes et des follicules synovipares et il soutint que ces kystes prenaient naissance dans les follicules des synoviales articulaires. Bientôt après, Foucher (Bull. de la Soc. anat., 1854) démontra que des follicules analogues se rencontraient également dans les synoviales tendineuses. Ces follicules s'oblitérent, se remplissent de liquide synovial, augmentent de volume et traversent les éraillures des ligaments et des aponévroses.

Les kystes connus sous le nom de ganglions sont donc constitués par des follicules synoviaux articulaires ou tendineux oblitérés et dilatés par du liquide. Il faut ajouter cependant qu'on a vu l'oblitération n'être pas complète et le kyste communiquer avec la synoviale dont il provient. Demarquay admettant la double origine de ces ganglions les divisa en *téno-synoviaux* et *arthro-synoviaux*. Virchow dans sa pathologie des tumeurs leur donne le nom d'hygromes et Broca les range dans la grande classe des tumeurs progènes, dans la variété des kystes par rétention.

A partir de cette époque, beaucoup d'auteurs s'occupèrent des affections des gaines synoviales tendineuses. De nouvelles observations furent recueillies qui vinrent vérifier et confirmer les découvertes faites précédemment. C'est M. le professeur Verneuil qui le premier appela l'attention sur les lésions des synoviales tendineuses de cause syphilitique. On trouve dans la Gaz. hebdom., 1868, une communication très intéressante sur l'hydropisie des gaines tendineuses des extenseurs des doigts dans la syphilis secondaire. M. Verneuil observa quatre cas. Il cite l'observation

du plus récent. Les faits sont concluants. Grâce à cette importante communication, l'attention fut appelée sur ce point et M. le professeur Fournier quelques jours après, livra (Gaz. hebd., 1868) un certain nombre de faits semblables ou analogues. Se basant sur des données fournies par ses observations, il décrivit d'une façon aussi complète que possible les symptômes qu'il avait rencontrés. Il étudia ces lésions au point de vue clinique et les divisa en trois formes :

Hydropisie simple ;

Hydropisie inflammatoire ;

Synovites frustes ou incomplètes.

L'existence des synovites dans la syphilis secondaire était démontrée. — Enfin, plus récemment M. le professeur Verneuil (Gaz. hebd. 1873) fit paraître une nouvelle note sur les accidents tertiaires des synoviales tendineuses. Depuis, de nouveaux cas ont été observés, un certain nombre d'observations furent publiées et ces lésions furent le sujet de plusieurs thèses. Aujourd'hui il est parfaitement établi que la synovite tendineuse syphilitique peut prendre rang au nombre des accidents secondaires ou tertiaires de la vérole.

Un certain nombre de communications parmi lesquelles nous comptons des thèses ont été faites également depuis cette époque sur la synovite inflammatoire aiguë avec épanchement dans le rhumatisme, la blennorrhagie, l'infection purulente, l'intoxication par le mercure etc. etc. Enfin dans une communication (Gaz. méd., 1872). Nicaise a ajouté aux synovites tendineuses chroniques deux nouvelles variétés encore peu connues : la *synovite tendineuse hémorragique* et la *sy-*

novite tendineuse sèche dont cet auteur rapporte un fait anatomo-pathologique. — Les néoplasmes des gaines synoviales tendineuses sont de nos jours encore bien peu connus. C'est à peine si on trouve quelques observations sur ce sujet dans les auteurs français et étrangers. La thèse de Pezzer (Paris 1880) inspirée par M. le professeur Verneuil, où se trouvent publiées un certain nombre d'observations, est venue donner quelques renseignements sur cette question qui est encore à l'étude. Les anciens auteurs les mentionnent, mais ne donnent pas d'observation complète ; les détails précis manquent absolument. On trouve bien dans Platner (Inst. chir. de ganglio) l'histoire d'un ganglion occupant le tendon d'Achille et la bourse séreuse qui se changea en un cancer horrible. Pezzer dit avoir vainement cherché des tumeurs des gaines auxquelles la dénomination de cancéreuses puisse être appliquée.

Le cas de Chassaignac paraît cependant assez concluant. A propos d'une communication faite par M. Demarquay à la Société de chirurgie (Bull. Soc. chir., 1853) d'une tumeur fibro-plastique développée sur la synoviale et le tendon fléchisseur de l'indicateur, M. Chassaignac rappelle le fait suivant : Il y a trois ans, dit-il, j'ai communiqué à la Société une observation de cancer encéphaloïde borné aux tendons des fléchisseurs de deux doigts. Le diagnostic avait été douteux. Après l'amputation, le malade a vécu encore trois ans et il est mort d'un cancer de l'estomac. Ce malade dont parle Chassaignac était âgé de 17 ans. Nous pensons qu'aux fibromes et aux sarcomes reconnus par Pezzer, nous devons ajouter l'enchondrome dont deux cas ont

été observés et le carcinome dont nous parlerons plus loin.

Une autre variété de lésions, qu'on regardait autrefois comme possible, peut être regardée aujourd'hui comme certaine. Nous voulons parler de la *synovite tendineuse tuberculeuse*. — Depuis un certain nombre d'années, l'étude des manifestations tuberculeuses localisées a été l'objet de l'attention des anatomo-pathologistes et des cliniciens. Depuis quelque temps déjà, on connaît les tubercules des synoviales articulaires; grâce à l'important mémoire que viennent de publier MM. Terrier et Verchère (Revue de chirurgie, juillet 1882) l'existence de la synovite tendineuse tuberculeuse est démontrée. MM. Lancereaux, Trélat, Bouilly, Debove avaient rapporté des observations de synovite tuberculeuse tendineuse que MM. Terrier et Verchère ont rapprochées des faits qu'il leur a été permis d'observer. L'opinion émise par MM. Lancereaux, Trélat et Bouilly est pleinement confirmée. — Les observations de MM. Lancereaux et Trélat, où l'examen histologique est venu affirmer le diagnostic, apportent de sérieux arguments en faveur de la nature de la lésion. Pour MM. Terrier et Verchère, l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique prouverait que l'on est en face des lésions classiques du tubercule.

CHAPITRE II

SYMPTÔMES

Les tumeurs synoviales tendineuses du poignet peuvent se rencontrer soit à la face dorsale, soit à la face palmaire. Le volume, la forme et le siège de la tumeur varient avec les gaines qu'elles occupent.

Les tumeurs de la face palmaire sont généralement plus volumineuses, elles ont presque toujours la forme bilobée, qui leur est donnée par le ligament annulaire antérieur du carpe. Les tumeurs de la face dorsale sont quelquefois arrondies, plus souvent allongées, ovoïdes et moins volumineuses que celles de la face palmaire. Si nous ne tenons pas compte de ces particularités, nous pouvons dire que les tumeurs de la face dorsale et de la face palmaire, ont des caractères absolument communs, inhérents à la nature même de l'affection. Les tumeurs du dos de la main peuvent siéger dans la gaine de l'extenseur propre du petit doigt, dans la gaine commune des extenseurs, dans celle des radiaux, du long extenseur du pouce et dans la gaine commune au court extenseur et au long abducteur de ce doigt. Assez rares en général, c'est surtout dans la gaine des extenseurs communs, qu'elles ont été rencontrées. A la face palmaire on les rencontre dans les gaines synoviales des muscles fléchisseurs des doigts, c'est-à-dire dans la grande gaine interne et dans la gaine externe.

Synovite fongueuse.

Symptômes. — Le début est généralement lent et insidieux, les malades éprouvent la sensation d'un empâtement profond et un peu de gêne dans les mouvements. Lorsque les lésions sont bien confirmées on constate la présence d'une tumeur arrondie ou allongée et dont le centre est plus saillant que les extrémités. Sa surface est généralement régulière, sans bosselures. Si la tumeur siège à la paume de la main, elle a généralement une forme bilobée, en bissac. Elle se trouve divisée par la résistance du ligament annulaire antérieur du carpe. Au niveau des plis de la peau, la tumeur peut présenter des sillons dus à la résistance inégale de la peau qui ne se laisse pas distendre en ces points. La tumeur est mobile transversalement. Il est très difficile, presque impossible de la faire mouvoir longitudinalement. La mobilité dans ce sens ne pourra être perçue que pendant la contraction des muscles, la main étant appliquée sur la tumeur. La consistance est variable, généralement la tumeur est élastique et résistante au toucher. Cette élasticité franche n'est pas toujours uniforme, il n'est pas rare de rencontrer d'autres portions plus molles qui semblent tout à fait liquides. Cette mollesse et cette élasticité réunies induisent souvent en erreur et font diagnostiquer une tumeur liquide. Le volume est variable, depuis celui d'une noix jusqu'à celui d'un œuf de

poule, quelquefois plus. Les douleurs n'existent pas toujours, dans ces cas le malade ne se plaint que de gêne dans les mouvements, d'engourdissement dans les doigts et le long des tendons. Que la tumeur siège sur les extenseurs ou sur les fléchisseurs, la flexion et l'extension sont toujours incomplètes. On provoque généralement des douleurs assez vives en voulant les obtenir. Quand les douleurs existent spontanément elles sont intermittentes. Les chutes, les chocs, la pression déterminent dans certains cas des douleurs très aiguës. On a constaté de l'insensibilité et même de l'atrophie du membre malade.

La maladie fait des progrès, la peau était tendue, elle devient luisante, violacée, s'amincit et s'ulcère. Il en résulte une perforation par laquelle s'échappent les fongosités. Cette ouverture peut être le résultat de la ponction de la tumeur par le chirurgien. Elle peut donner lieu à un écoulement sanguin assez abondant. Les fongosités s'élèvent avec plus ou moins de rapidité au-dessus de la plaie et peuvent en quelques jours atteindre le volume du poing. Ces fongosités sont molles, d'un rouge vif, parsemées de points blanchâtres rappelant l'aspect des bourgeons charnus exubérants et infiltrés. La surface de ce fungus est lisse, homogène, un peu chagrinée ou lobulée. Ce tissu remarquable par sa mollesse, son indolence, son insensibilité à la coupe et à la cautérisation, saigne facilement, au moindre contact, mais donne rarement lieu à des hémorrhagies inquiétantes. A la surface, suintement sanieux plutôt que sécrétion purulente, sanie n'offrant jamais l'odeur vive et repoussante des végétations cancéreuses.

On ne constate pas de phénomènes généraux et on ne trouve même pas d'engorgement ganglionnaire, que la tumeur soit ulcérée ou non. Il n'en est pas ainsi dans les cas de complications de voisinage, os, articulations. Ces tumeurs n'ont pas de mouvements d'expansion, pas de battements, pas de crépitation, pas de transparence. La pression ne diminue pas leur volume. La marche est lente, longtemps stationnaire. Elles sont susceptibles d'un accroissement rapide sous l'influence de chocs. Broca dit avoir constaté la transformation graisseuse de ces tumeurs. (Soc. anat., 1851.)

OBSERVATION I.

Fongosités des gaines synoviales des fléchisseurs de la main droite.

Observation recueillie à Lariboisière, service de M. Duplay.

(Personnelle.)

Faucher (Martial), 38 ans, manœuvre (son emploi consiste à porter des carreaux de porcelaines et à les charger sur des charrettes).

Vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière le 6 novembre 1882.

Fort et vigoureux, il jouit d'une bonne santé et n'accuse aucune maladie antérieure. Pas d'antécédents héréditaires. Pas de traces de syphilis. Il y a environ 10 ans, sans cause connue le malade s'aperçut de l'apparition d'une petite tumeur grosse comme une noisette survenant à la paume de la main droite au niveau de l'éminence hypothénar. En même temps survint une demi-flexion du petit doigt avec impossibilité de redressement et gêne dans les mouvements de ce doigt. En travaillant à porter les piles de mosaïque (16 à 20 kilog. en moyenne) la tumeur comprimée disparut de la paume de la main, pour apparaître à la face antérieure du poignet. Le petit doigt resta toujours dans la demi-flexion et depuis le changement de siège de la tumeur, l'annulaire, le médius, l'index ont subi la même flexion.

Le malade accuse des fourmillements dans les quatre

Bolognesi.

doigts, même pendant le repos. Douleurs vives pendant les mouvements, dans la paume et sur le trajet des tendons. Si l'on presse la tumeur, douleurs vives s'irradiant vers les extrémités des doigts et dans l'autre sens jusqu'à la partie supérieure du bras. Ces douleurs semblent suivre le trajet du médian. La tumeur siège à la partie antérieure du poignet en dedans du grand palmaire, entre ce muscle et le cubital antérieur, à trois centimètres environ au-dessus des éminences thénar et hypothénar. Elle présente une hauteur d'environ 3 centimètres. Cette tumeur est molle, fluctuante, mais c'est de la fausse fluctuation; on sent qu'on a affaire à un tissu mou, à des fongosités et non à du liquide. Sous l'influence des contractions musculaires, cette tumeur augmente de volume et devient dure. Les souffrances sont modérées et le malade peut continuer son travail.

Ce matin sous l'influence des contractions produites en travaillant, la tumeur s'est rompue spontanément et a donné naissance à un écoulement de sang rutilant. La rupture a produit une ouverture transversale très nette. En écartant les lèvres de la plaie, on aperçoit les fongosités. Les mouvements des doigts sont très difficiles. Le pouce seul se meut facilement. La flexion ne peut pas être augmentée. On ne peut pas obtenir l'extension complète. L'articulation radio-carpienne est libre. La peau légèrement violacée est peu adhérente à la tumeur. Celle-ci est mobile latéralement. La mobilité longitudinale n'existe pas. Le malade a été traité il y a 3 ans à l'hôpital Beaujon par les vésicatoires et la compression. Il y eut de l'amélioration. Le gonflement disparut. En ce moment on note l'absence des douleurs spontanées et des ganglions axillaires. On fait un pansement simple sur la plaie, on étend les doigts le plus possible et on applique un appareil plâtré.

Le 13 novembre on fait une fenêtre au niveau de la tumeur. La plaie est fermée. On fait un badigeonnage de teinture d'iode et une compression ouatée.

Le 17. Faucher revient à l'hôpital, il a enlevé son appareil; il souffrait trop, il n'a pu le supporter.

La tumeur semble avoir augmenté de volume. Elle est très douloureuse. La pression la plus légère éveille des douleurs très vives.

Le malade ne veut pas entrer à l'hôpital; on ne l'a plus revu.

Kystes à grains riziformes.

Symptômes. — Le début passe souvent inaperçu à moins qu'il n'y ait eu traumatisme; dans la majorité des cas, la tuméfaction est le premier symptôme. Elle offre un développement lent et continu. Dans d'autres cas, de la roideur, de la gêne, des fourmillements, de l'engourdissement dans les parties affectées sont les symptômes du début. Il peut y avoir des douleurs revenant par accès, suivant le trajet des nerfs radial, cubital et médian. Arrivée à un certain développement, on constate l'existence d'une masse pâteuse élastique sans changement de couleur à la peau, indolente à une pression légère. Si la tumeur est dans la gaine des fléchisseurs, le ligament annulaire antérieur du carpe la sépare en deux parties. On a une tumeur en bissac, quelquefois elle est irrégulièrement bosselée. Cette tumeur est fluctuante dans tous les sens et on peut faire passer le liquide au-dessous du ligament annulaire de façon à distendre successivement l'une des deux poches. Lorsqu'on cherche la fluctuation on produit la crépitation hordéiforme qui est le signe caractéristique de ces tumeurs. On l'a comparé au frôlement de la soie, au choc des anneaux d'une chaîne métallique pressés les uns contre les autres, au froissement de l'amidon. Ce bruit est également perceptible à l'oreille ou au stéthoscope. D'après Michon trois conditions sont nécessaires pour le produire :

- 1° L'existence des grains riziformes;

2° L'existence d'un rétrécissement ;

3° Le liquide et les grains doivent passer d'un côté à l'autre du point rétréci de manière à ce qu'il y ait frottement exercé contre les bords du rétrécissement.

La crépitation peut manquer quand les grains riziformes sont en trop grand nombre. Il leur est impossible de passer d'une poche dans l'autre.

Ces tumeurs augmentent constamment de volume, gênent les mouvements de la main, déforment et amincissent les os voisins. Leur marche est lente et elles restent souvent stationnaires pendant un certain nombre d'années. Il peut survenir des poussées inflammatoires aiguës et la cavité peut suppurer, et s'ouvrir à l'extérieur, d'où écoulement de liquide et de corpuscules riziformes. Il en résulte des fistules persistantes qui peuvent durer longtemps.

La synovite à grains riziformes peut aussi se transformer en synovite fongueuse.

OBSERVATION II.

Observation de synovite à grains hordéiformes du poignet droit.

Recueillie par M. Defontaine, interne du service.

Le nommé Bécart, 36 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis le 15 février 1881, salle Sainte-Marthe, n° 1, service de M. Péan.

Il paraît jouir d'une bonne santé habituelle, n'est pas scrofuleux, n'a pas eu la syphilis, n'accuse aucun traumatisme. Son père et sa mère sont bien portants. Il y a 8 ans, un matin, le malade s'aperçoit que sa main est raide, et en même temps il remarque une grosseur siégeant dans la paume et remontant au poignet jusqu'à 3 centimètres au-dessus du pli de flexion. Il fut traité par des frictions iodées et des vésicatoires. La tumeur ne fit qu'augmenter progressivement et de-

vint le siège de douleurs vives, rendant le travail impossible et troublant le sommeil. Après deux ans et demi, les douleurs devinrent moins fortes et le malade put reprendre son travail.

Le volume de la tumeur était resté le même. Cet état reste stationnaire jusqu'au mois d'octobre dernier.

A cette époque, à la suite d'un effort, la main s'est tuméfiée. Il s'est formé à l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien droit une tumeur qui s'est ouverte il y a 5 semaines et la plaie est restée ulcérée. Actuellement on constate que : 1° la main est gonflée à sa face dorsale et palmaire ; 2° la pression à la paume de la main est douloureuse, les parties superficielles sont soulevées par une masse profonde, mollassse, pâteuse ; 3° la gouttière carpienne est gonflée et remplie ; 4° la région antérieure de l'avant-bras présente une saillie bombée, à contours arrondis, occupant toute sa largeur, remontant à 20 ou 21 centimètres au-dessus du pli du poignet et à 9 ou 10 au-dessous du pli du coude. C'est une masse mollassse, pâteuse, fluctuante, sans changement de couleur de la peau. Celle-ci n'adhère pas si ce n'est dans les 4 ou 5 centimètres voisins du pli de flexion du poignet où elle est fixée ; 5° les mouvements des doigts sont presque entièrement perdus, ils remuent de 1 centimètre environ à leur extrémité libre.

L'ouverture qui existe à la face dorsale au niveau du cinquième métacarpien est ovale de 2 centimètres sur 1 centimètre. La peau est décollée de un demi-centimètre tout autour. Le fond est recouvert de bourgeons charnus fongueux. Le stylet les traverse facilement et est conduit sans difficulté à travers des bourgeons charnus mollasses sur les os du carpe dénudés. Les mouvements de latéralité du poignet sont plus douloureux que ceux de flexion et d'extension. L'articulation radio-carpienne est respectée.

26 février. Ponction à l'avant-bras près du bord cubital avec un gros trocart. Issue de 150 grammes de liquide séreux dans lequel nagent des grumeaux isolés hordéiformes. Une compression ouatée immédiatement appliquée a été maintenue pendant un mois et demi et le liquide ne s'est pas reproduit. Le malade retourne dans son pays où il continuera la com-

pression ouatée. Nous le revoyons le 22 décembre. Il se porte très bien. Le poignet est entièrement dégonflé. Il y a de la roideur. L'ulcération fistuleuse dorsale du cinquième métacarpien est cicatrisée.

Synovite syphilitique.

D'après MM. Verneuil et Fournier, la synovite syphilitique se rencontre plus communément chez la femme que chez l'homme et affecte souvent les tendons extenseurs des doigts.

D'après M. Fournier trois formes :

Hydropisie simple de la synoviale tendineuse ;

Synovite tendineuse subinflammatoire ;

Synovite fruste ou incomplète.

La première forme consiste dans l'épanchement d'une certaine quantité de liquide, généralement minime à l'intérieur de la cavité de la séreuse. Pas de phénomènes inflammatoires, pas de rougeur des téguments, pas de douleur, ou une douleur presque insignifiante à la pression. La deuxième forme diffère de la première en ce que les phénomènes inflammatoires sont plus accusés. Il y a plus de douleur à la pression, des troubles fonctionnels plus manifestes et une certaine suffusion rosée des téguments. Dans l'une ou l'autre de ces formes, on observe les symptômes suivants : Sur le trajet d'un tendon, soit dans sa continuité, soit en un point voisin de son insertion sur le squelette ; tuméfaction généralement allongée et aplatie, indolente dans la première forme, douloureuse à la pression dans la deuxième forme, tantôt nettement fluctuante, tantôt n'offrant qu'une fluctuation obscure,

difficilement appréciable ; il n'est même pas rare que cette fluctuation soit remplacée par un épanchement vague et diffus de la région ; la flexion et l'extension sont douloureuses, très difficiles ; les mouvements imprimés éveillent de la souffrance au siège même de la lésion.

Forme fruste. — Dans cette variété les symptômes précédemment décrits font défaut ou sont difficilement appréciables.

La tuméfaction peut ne pas être exactement circonscrite. Elle ne dessine pas fidèlement le trajet du tendon. Cette tuméfaction peut être diffuse, peut se compliquer d'œdème : souvent elle est peu accusée. Si le liquide épanché est en petite quantité, la fluctuation est obscure, douteuse, remplacée par l'empatement ou par une simple rénitence inflammatoire. Elle peut faire complètement défaut. La rougeur n'appartient qu'à la deuxième forme. Si l'affection siège dans une synoviale profonde, tous les symptômes précédents sont masqués et on n'a que la douleur. L'absence de tous les autres symptômes peut tromper le chirurgien, mais comme on va le voir au chapitre diagnostic, si ce seul symptôme est bien étudié, la nature et le siège de l'affection ne seront pas méconnus.

D'après M. Fournier, les douleurs dont les syphilitiques se plaignent si communément dans les grandes articulations, tiennent fort souvent à des lésions tendineuses et il a souvent constaté que les douleurs du poignet et des mains résultaient le plus habituellement de lésions portant sur les tendons des extenseurs des doigts.

Parmi les accidents tertiaires des gaines synoviales tendineuses, on remarque la synovite congestive avec épanchement qu'on a déjà rencontrée dans la période secondaire et on trouve la synovite plastique.

La synovite hydropique présente les mêmes symptômes que dans la période secondaire, mais la marche en est toujours chronique et les lésions en sont plus marquées et plus rebelles au traitement,

Dans la synovite plastique, l'épanchement est moins fréquent et moins abondant. La synoviale est épaissie, doublée d'un exsudat pseudo-membraneux. Cet exsudat constitue de véritables gommes qui évoluent comme les gommes ordinaires et présentent leurs trois périodes de formation, de ramollissement et d'ulcération. Lorsque les lésions n'arrivent pas à cet état gommeux, on remarque sur la synoviale des plaques ovoïdes, indurées, élastiques, simulant plus ou moins à la palpation des fongosités. Pour M. Richet ces plaques se développent sur la synoviale elle-même.

M. Verneuil a observé une synovite avec hypertrophie fongueuse syphilitique. M. Gosselin en présence d'une synovite fongueuse des tendons extenseurs de la main pensait que ces lésions devaient être rapportées à la syphilis.

Néoplasmes.

Parmi les néoplasmes siégeant sur les gaines synoviales tendineuses, on peut en distinguer trois principales variétés : 1^o tumeurs bénignes parmi lesquel-

les le fibrome et l'enchondrome ; 2° tumeurs à pronostic variable, le sarcome ; 3° tumeurs malignes, le carcinome.

Les fibromes ont un début lent et insidieux. Souvent méconnus dans leur première période, ils sont confondus avec les autres affections des gaines synoviales. Les symptômes fonctionnels sont les mêmes que ceux mentionnés pour les autres tumeurs. Les fibromes sont indolents, à marche lente, pédiculés ou sessiles, quelquefois lobulés, non adhérents à la peau, présentant une certaine dureté. Ils sont très mobiles, facilement entraînés par les mouvements des tendons ; leur volume reste petit et ils n'ont pas de tendance à envahir les tissus voisins. Ils ne s'ulcèrent presque jamais.

D'après Blum (Chir. de la main, 1882), Annandale a signalé la production de noyaux cartilagineux, du volume d'un pois dans l'épaisseur des tendons, et Billroth a rencontré un chondrome de la gaine des fléchisseurs du quatrième doigt. On ne connaît que ces deux cas.

Comme le fibrome, le sarcome est souvent méconnu au début. Dans sa première période, il apparaît sous forme d'une tumeur, qui généralement est intimement unie aux gaines tendineuses ou aux tendons. La peau qui le recouvre est libre et sans adhérences, ordinairement intacte. Cependant dans la variété des angio-sarcomes, on note une certaine vascularisation. Ces tumeurs sont dures, arrondies, bosselées, présentant quelquefois de la fausse fluctuation.

Elles sont indolentes, même à la pression. Leur marche est lente, à moins qu'un traumatisme, un

choc, une cause accidentelle quelconque, ne viennent déterminer une poussée aiguë. Dans ce cas, les douleurs spontanées existent, la tumeur se ramollit et il peut se former une ulcération fongueuse. A la période ultime, on remarque que la tumeur devient de moins en moins mobile, elle adhère profondément; les tissus voisins, os, articulations, se prennent; la généralisation peut s'observer dans les membres voisins. Dans un cas de sarcome du tendon rotulien, rapporté par Hayem et Graux (Gaz. hebdomadaire, 1878), il y eut généralisation au poumon, à la plèvre, aux ganglions du médiastin, à la veine cave. Les ganglions axillaires ou épitrochléens sont rarement pris. La récurrence se voit assez fréquemment; la durée de l'affection est assez longue, la mort ne survient que tardivement.

Les gaines tendineuses ou les tendons sont des lieux d'élection pour le sarcome (Blum).

Le carcinome de la main et du poignet en particulier est excessivement rare. D'après Blum, il n'a aucun siège de prédilection, et il peut aussi bien débiter par le tissu cellulaire sous-cutané, les parties sous-aponévrotiques, le squelette, etc. On pourrait, d'après ce qui précède, en conclure qu'il peut également se développer sur les gaines synoviales. Quoique les observations ne soient pas très abondantes et très complètes, surtout au point de vue histologique, on peut cependant, d'après celles que nous possédons, constater que le carcinome a été parfaitement observé. Nous ne rappellerons que l'observation de Chassaignac, dont nous avons déjà parlé à l'historique, où la récurrence fut notée dans un viscère. Trois ans après l'amputation de la région malade, la diathèse se ma-

nifesta de nouveau et le malade fut emporté par un carcinome de l'estomac.

Les tumeurs cancéreuses des gaines synoviales sont mal limitées, leur forme n'est pas franchement déterminée, leur surface est tout à fait irrégulière. Elles ne présentent qu'une mobilité relative. Leur consistance est variable : dures en certains points, elles sont molles dans d'autres, elles peuvent être élastiques au point de faire croire à la fluctuation. La peau est rosée, luisante, tendue, sillonnée de veines dilatées et adhérentes à la masse morbide. Elles sont le siège de douleurs spontanées, lancinantes; elles sont généralement bosselées. Leur marche diffère essentiellement de celle des lipomes, des sarcomes, etc. Elles gagnent rapidement la superficie, s'ulcèrent, se couvrent de gros bourgeons fongueux qui laissent suinter un liquide sanieux, roussâtre, dont l'odeur est repoussante. C'est l'ichor cancéreux. Les ganglions de l'aisselle sont vite envahis, et l'état général devient rapidement mauvais. Les principales formes qu'on a rencontrées sont la forme médullaire ou encéphaloïde et la forme mélanique.

OBSERVATION III.

Hôpital Saint-Louis, service de M. Péan.

Observation de sarcome de la gaine du poignet.

Recueillie par M. Defontaine, interne.

Le nommé Deschamps, 30 ans, garçon marchand de vins, entre le 29 décembre 1880, salle Sainte-Marthe, n° 28.

Son père est mort à 48 ans probablement phthisique. Sa mère est bien portante. Elle a eu une dartre pendant très longtemps. Il a un frère qui a également une dartre siégeant :

sur tout le corps. Il a une sœur bien portante. Il est l'ainé. Le malade a eu autrefois des abcès au cou et à la ceinture. Pas de traces de scrofule.

Il y a trois ou quatre ans, il lui est survenu à la face palmaire du poignet droit, sur le milieu, à trois centimètres au-dessous du pli de flexion du poignet, une petite grosseur ovale dure qui a grossi peu à peu. Elle n'était pas douloureuse au début, mais quand elle eut atteint le volume de la moitié d'un œuf, elle devint très gênante pour le malade. Les mouvements des doigts la faisaient mouvoir longitudinalement.

En novembre 79, le malade consulte M. le professeur Verneuil qui a diagnostiqué un kyste. En opérant, il s'est aperçu qu'il avait affaire à une tumeur solide. On voit encore aujourd'hui la trace d'une incision médiane verticale de 6 centimètres. La tumeur a été enlevée, puis la plaie fut cicatrisée. Deux mois après, le malade a vu naître une tumeur au niveau de l'annulaire dans la paume de la main, puis le poignet a recommencé à se tuméfier. La tumeur de la paume de la main s'est ensuite étendue au niveau du petit doigt. Enfin dans la deuxième partie de l'année 1880 cette tumeur s'est beaucoup plus développée. Il y a 6 semaines, un médecin en Bourgogne a fait dans la région hypothénar sur une saillie de la tumeur une incision et y a placé une poudre destinée à détruire la tumeur. Cette incision ne s'est jamais refermée et a plusieurs fois donné lieu à des hémorrhagies.

Aujourd'hui 3 janvier, on constate sur la face antérieure de l'avant-bras, au niveau du poignet, une tumeur du volume d'une pomme, mollassée, faisant plus de saillie au côté interne, à peau lisse, tendue, rouge, adhérente. La tumeur occupe toute la largeur de l'avant-bras, et remonte jusqu'à dix centimètres du pli de flexion du poignet. Au niveau de ce pli, il n'y a pas de saillie. La tumeur est bridée à ce niveau. Au-dessous, à la partie supérieure de l'éminence hypothénar, il y a une petite saillie du volume d'une noisette, arrondie, molle, au-dessous, un sillon, puis plus bas dans la paume de la main et l'éminence thénar, une masse occupant tout le creux palmaire, modérément dure, solide et présentant à sa surface une large plaie saignant beaucoup et très facilement. Cette

tumeur se continue avec une masse qui occupe la face palmaire et la face externe du petit doigt et le rend énorme jusqu'à la phalange qui a conservé son volume normal. Douleurs et élancements dans les doigts, troublant quelquefois le sommeil. A peine quelques petits ganglions mobiles contre la paroi thoracique.

8 janvier. Amputation circulaire de l'avant-bras, partie moyenne à la limite supérieure de la tumeur.

Vers la fin de janvier, il ne reste plus qu'un petit cul-de-sac à cicatriser. Le 12 mars, la cicatrice est complète, le malade part à Vincennes.

On trouve au fond de l'aisselle un petit ganglion du volume d'une petite noisette.

Un an après, son frère nous apprend qu'il est mort d'une affection maligne avec vomissements de sang, faiblesse extrême, coloration jaune de la peau.

Synovite tuberculeuse.

Comme dans les autres affections des gaines synoviales, le début est insidieux. Les malades s'aperçoivent bientôt de la présence d'une petite tumeur dure, résistante, qui augmente peu à peu de volume, tout en diminuant de consistance. Cette tumeur devient bientôt franchement fluctuante. Au début, ou, dès que la tumeur est fluctuante, les mouvements des doigts sont difficiles et douloureux. Ils sont dans une position fixe, flexion ou extension suivant le siège de la tumeur. L'altération des gaines est localisée dans une petite étendue; on peut voir cependant la dissémination et la multiplicité de ces tumeurs, sans que la séreuse intermédiaire présente le moindre gonflement. On n'a jamais observé le gonflement de toute la gaine comme dans la synovite fongueuse classique.

Les synoviales des deux membres supérieurs peuvent être simultanément intéressées. Dès le début, la peau est adhérente avec la tumeur, fait corps avec elle. A mesure que le ramollissement de la néorformation s'effectue, la peau s'amincit, rougit, prend une teinte violacée et se recouvre de petites squames.

La tumeur s'ouvre d'elle-même, donne issue à un liquide séro-purulent, dont la quantité varie avec le volume. Cette ouverture spontanée n'a pas de tendance à se cicatriser et il en résulte une fistule dont l'orifice extérieur s'agrandit constamment. La peau se détruit peu à peu et il se produit une véritable ulcération à bords irréguliers, déchiquetés, décollés dans une assez grande étendue. Au fond de l'ulcération se trouvent des fongosités livides, couvertes d'un liquide séro-purulent. L'introduction d'un stylet permet de pénétrer dans la gaine synoviale en suivant la rainure tendineuse. Dans certains cas, les phénomènes sont absolument analogues à ceux que les classiques ont décrits sous le nom de synovite fongueuse. C'est ce que nous ont appris les observations de Trélat et Lancereaux, où l'anatomie pathologique est seule venue faire le diagnostic. Cependant quand les symptômes locaux seront insuffisants, il ne faut pas oublier les symptômes généraux que peut présenter le malade et qui auront une importance capitale.

OBSERVATION IV.

Observation de synovite tuberculeuse des tendons des doigts de la main, par Lancereaux, médecin des hôpitaux. (Bull. Soc. anat., Paris, 1873, p. 617.)

La pièce a été recueillie sur une jeune fille de 24 ans, pré-

sentant tous les symptômes de la phthisie pulmonaire. Pendant la vie, on avait constaté l'existence de tumeurs semi-molles, rénitentes, allongées dans le sens des tendons de la main et formant une saillie assez volumineuse dans la région du poignet. On sentait distinctement un empâtement élastique qui occupait la face antérieure du poignet et s'enfonçait sous le ligament annulaire du carpe pour reparaître à la paume de la main dans la direction des fléchisseurs et aboutir en fin de compte à la deuxième phalange.

Les tumeurs étaient indolentes, peu mobiles latéralement et se déplaçaient difficilement dans les mouvements de flexion du poignet. Malgré cela, il est évident que l'affection siégeait dans les tendons ou leur synoviale; on admit l'existence d'une ténosite fongueuse. Aucun antécédent syphilitique ne fit jamais penser à une gomme.

La malade étant morte des suites de sa tuberculose, on put faire l'anatomie de la tumeur. Les tendons sont intacts et non dépolis, ils glissent dans une rainure également unie et non mamelonnée. Mais cette rainure est creusée dans l'épaisseur d'une masse caséuse qui n'est autre chose que la synoviale transformée et convertie en un tissu fongueux devenu caséeux. Ces dépôts jaunâtres ont une épaisseur de près d'un centimètre en tous sens, ils forment un manchon continu aux tendons; sous le microscope, ils sont formés de petites cellules en voie de dégénérescence graisseuse et rappellent absolument les dépôts caséux du tubercule infiltré. Les os adjacents étaient sains; pendant la vie, il ne s'était pas fait d'ulcérations en regard des points occupés par la tumeur.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC.

Les principaux symptômes que nous avons mentionnés aideront pour le diagnostic : siège, consis-

tance, forme, mobilité, défaut d'engorgement des ganglions, etc.

Synovite fongueuse.

La *synovite fongueuse* peut être confondue avec la synovite tendineuse chronique simple ou avec le kyste à grains riziformes, dont la crépitation a disparu. Dans ces cas où la forme, le siège, la fluctuation, sont des signes insuffisants, on est forcé de recourir à la ponction capillaire. Si on a affaire à un kyste, il y a issue d'un liquide séreux, quelquefois de grains rizi-formes; si c'est une synovite fongueuse, il ne sortira que du sang. Les parcelles de tissu fibro-plastique pourront être examinées au microscope.

Les *fongosités articulaires* sont quelquefois difficiles à diagnostiquer des fongosités tendineuses. Cependant leur disposition n'est pas la même : tandis que les fongosités tendineuses siègent le long des tendons, sont allongées, les autres sont plus ou moins globuleuses et disposées tout autour des articulations. Leur présence sur les bords interne et externe du poignet, où il n'y a pas de tendon, serait très importante. Dans certains cas de fongosités articulaires, l'articulation est très douloureuse et jouit de mouvements latéraux dus à la destruction des ligaments périphériques, phénomènes qu'on n'observe pas dans la synovite tendineuse. Il y a plus fréquemment retentissement sur la santé générale dans la synovite articulaire.

Le *lipome* est une tumeur molle avec fausse fluctuation pendant tout son développement, mais elle n'ad-

hère jamais aux tendons et n'est pas entraînée pendant les mouvements de flexion et d'extension.

Le *carcinome* a pu être confondu avec la synovite fongueuse. Le diagnostic est surtout difficile, lorsque la peau est intacte. La synovite se voit plutôt chez les jeunes sujets, tandis que le cancer se voit chez les vieux. Cependant nous ferons remarquer que ce caractère n'a rien d'absolu. La synovite est très lente à se développer ; le cancer évolue assez rapidement. La synovite est mobile, ne présente pas d'adhérences étroites comme le cancer qui ne tarde pas à faire corps avec les tissus environnants, se confond avec la peau devenue rouge et amincie. Dans la synovite, la santé générale est pour ainsi dire intacte, et les ganglions lymphatiques restent indéfiniment sans altération. Dans le cancer, au contraire, l'engorgement ganglionnaire se fait rapidement, l'état général devient de plus en plus mauvais et en un temps variable, mais relativement court, le malade arrive à la cachexie. Si la peau est ulcérée, les fongosités qui traversent l'ulcération, viennent s'étaler au dehors et ont pu en imposer pour des champignons encéphaloïdes. On aura comme guide la longueur de l'évolution dans le cas de fungus, la rapidité de son développement dans le cas de cancer. La peau décollée autour du fungus synovial est restée saine. Dans l'encéphaloïde elle est infiltrée de cancer. Le cancer ne reste pas longtemps ulcéré sans atteindre un développement énorme. L'écoulement sanieux du fungus est loin d'avoir l'odeur repoussante de l'ichor cancéreux. Il est facile d'arriver à un diagnostic exact en soumettant à un examen micrographique un petit lambeau de ces fongosités.

Les *gomm*es des synoviales ont pu être prises pour des fongosités. Nous y reviendrons plus loin. Nous ferons également plus tard le diagnostic avec la synovite tuberculeuse.

Kyste à grains riziformes.

Comme nous l'avons exposé en décrivant les symptômes, le signe pathognomonique est la crépitation hordéiforme. Si cette crépitation n'existe pas, le diagnostic est très difficile avec la synovite fongueuse. Ces tumeurs affectent la même forme, siègent dans les mêmes organes, sont franchement ou faussement fluctuantes. De plus, il ne faut pas ignorer que les fongosités peuvent parfaitement être consécutives aux kystes à grains riziformes. Si la crépitation existe, le diagnostic est bien plus facile, cependant il existe encore des causes d'erreur. Ainsi un abcès froid, contenant des grumeaux durcis et dont la cavité est divisée en deux loges par un rétrécissement, peut aussi donner naissance à une crépitation entièrement analogue à celle des kystes à grains riziformes. Enfin, on a vu plusieurs cas où des lipomes avaient été confondus, non seulement avec des kystes synoviaux simples, mais avec des kystes à grains riziformes. La crépitation avait été perçue.

Synovites syphilitiques.

A la période secondaire, alors que les manifestations de la syphilis sur les gaines des tendons, sont caractérisées par un épanchement simple ou inflam-

matoire, on aura à faire le diagnostic avec la synovite séreuse simple aiguë ou chronique. Les synovites rhumatismales, blennorrhagiques, goutteuses, pourraient être confondues avec la synovite syphilitique. Cependant l'erreur n'a presque jamais lieu; dans la majorité des cas, la nature syphilitique de la lésion n'est pas contestable.

D'après M. le professeur Fournier, on se rappellera : « 1° La fréquence de ces lésions, chez les sujets syphilitiques; 2° leur production dans des circonstances et dans des conditions toujours identiques, c'est-à-dire au début ou dans les premiers mois de la période secondaire; 3° leur coïncidence presque constante avec d'autres manifestations non douteuses de la diathèse, telles que syphilides cutanées ou muqueuses, adénopathies, céphalée, arthralgies, alopecie; 4° l'absence de toute cause plus ou moins manifeste, autre que la syphilis à laquelle ces lésions puissent être rattachées. » On pourra tenir compte également de la symétrie des lésions, de l'évolution des phénomènes se faisant d'une manière parallèle à celle des autres accidents contemporains et restant soumise à l'évolution générale de la diathèse. L'insuffisance des moyens de traitement qui ont pu être employés, et d'autre part une amélioration rapide et la guérison le plus souvent par le traitement spécifique seront une preuve de plus.

Dans la forme fruste, on n'a que la douleur comme guide. L'erreur est très facile et avant de penser à la synovite, on aura pensé au rhumatisme, à la périostite, à l'arthralgie, la myosalgie, etc. Un examen minutieux permet cependant de la reconnaître. 1° d'après

Fournier, la douleur a un siège précis, unique, très circonscrit; 2° le siège répond très exactement au trajet d'un tendon; 3° la pression éveille en ce point une souffrance très vive, n'en provoque aucune sur les parties environnantes; 4° la douleur est déterminée par tous les mouvements spontanés et communiqués dont l'effet est d'imprimer une tension, un tiraillement au tendon malade. Ces signes scrupuleusement cherchés et bien constatés permettent de reconnaître la lésion tendineuse.

Accidents tertiaires. — On pourra les confondre avec les fongosités, avec le sarcome des gaines synoviales. Comme pour les accidents secondaires, on a à rechercher si le malade a la syphilis, s'il présente encore des accidents ou des traces cicatricielles. Enfin localement, on constatera le développement presque toujours spontané, l'indolence, la consistance ferme et élastique, la coloration de la peau normale ou ulcérée. Dans ce dernier cas, les bords sont taillés à pic, le fond grisâtre, l'exsudat sanieux. Le traitement spécifique est la pierre de touche du diagnostic.

Néoplasmes.

Les *fibromes* seront faciles à diagnostiquer d'après les symptômes qui en ont été donnés. Leur indolence, leur marche très lente, leur surface très bien délimitée, leur consistance suffiront à les caractériser.

L'*enchondrome* est excessivement rare. On le reconnaîtra à sa consistance particulière et aux caractères que nous en avons donnés.

Le *sarcome* présente souvent un diagnostic difficile. Le sarcome mou a été confondu avec un lipome ou une tumeur liquide. La marche de la maladie, le rapide développement de la tumeur, la ponction exploratrice constitueront des signes importants. Si le sarcome est dur on le distinguera du fibrome qui est mieux délimité. On le distinguera assez facilement du carcinome. L'âge du malade, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la marche relativement lente. Enfin le carcinome envahit bien plus rapidement les parties voisines.

Carcinome.

Le diagnostic avec la synovite fongueuse a été fait plus haut; nous venons de faire le diagnostic avec le sarcome. Il nous reste à diagnostiquer le carcinome des affections osseuses. Quand il y aura ulcération, le stylet explorateur viendra renseigner sur l'état de l'os. Le diagnostic sera beaucoup plus difficile dans les cas de carcinome des parties solides ou molles avoisinantes. Il est vrai que dans ces cas le traitement sera absolument le même.

Synovite tuberculeuse.

Le diagnostic de cette synovite est possible en tenant compte des phénomènes locaux ou en s'appuyant sur les accidents généraux et les antécédents. Dans la *synovite fongueuse*, la tumeur est allongée, occupe toute la gaine; dans la synovite tuberculeuse, il y a de petites tumeurs séparées et localisées en plusieurs

points. L'ulcération de la peau survient moins rapidement dans la synovite fongueuse. Lorsqu'elle a lieu elle ne donne pas issue à un liquide séro-purulent ou purulent, mais à des fongosités. L'existence ou l'absence des lésions pulmonaires mettra sur la voie. Les *lésions tertiaires* des synoviales sont difficiles à distinguer localement. Dans les deux cas, il y a de petites tumeurs isolées. Ces néoformations ne tardent pas à fournir un pus sanieux. Dans la synovite tuberculeuse il n'y a pas de bourbillon grisâtre comme dans les gommes ulcérées. En outre l'existence de la tuberculose, l'absence de syphilis actuelle ou ancienne, l'impuissance du traitement spécifique éclaireront le diagnostic.

Autres affections siégeant en dehors des gaines.

Il existe un certain nombre de lésions que nous pourrons rencontrer au poignet soit à la face dorsale, soit à la face palmaire et qui pourraient être confondues avec les tumeurs des gaines synoviales quoique ayant un siège différent.

On pourra rencontrer des affections des os, des articulations, des vaisseaux, des nerfs, du tissu cellulaire, de la peau.

Comme exemple de tumeur du poignet sous la dépendance directe d'une affection osseuse, nous citons l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. Defontaine, interne des hôpitaux.

OBSERVATION V.

Hôpital Saint-Louis, service de M. Péan.

Tumeur de l'avant-bras. — Abscess ostéopathique du poignet.

Observation recueillie par M. Defontaine, interne.

M..., 47 ans, couturière, entre le 27 mai 1881, salle Sainte-Marie, n° 55 bis.

Maladies antérieures. Variole en 1866. Erysipèle en 1878. Antécédents héréditaires. Rien de particulier à noter.

Cette malade n'est plus réglée depuis trois ans.

L'affection qui l'amène à l'hôpital a débuté il y a environ huit mois. Les mouvements des doigts étaient douloureux et la malade remarqua du gonflement à la face palmaire de l'avant-bras au-dessus du poignet. Depuis cette époque, elle n'a pas cessé de souffrir surtout la nuit. Elle a maigri beaucoup et est devenue cachectique. On constate que l'extrémité inférieure de l'avant-bras est augmentée de volume, surtout à la face antérieure et au niveau de l'extrémité inférieure du radius. La tuméfaction n'a pas de limites bien précises à la vue, mais elle occupe environ la moitié inférieure de l'avant-bras. A la palpation, on trouve de l'empâtement, de la fluctuation par places et de l'œdème sous-cutané.

La tuméfaction s'étend en bas jusqu'au pli de flexion du poignet et remonte sur le radius jusqu'à 11 centimètres de son apophyse styloïde. La palpation révèle de l'empâtement sur la face dorsale de sorte que le bord postérieur du cubitus est la seule partie osseuse qui ne soit pas entourée par la masse morbide.

La peau adhère à la surface antérieure de la tumeur. Les mouvements du poignet se font bien dans tous les sens. Les mouvements des doigts sont assez bien conservés. L'extension des doigts donne seule la sensation de tiraillement au niveau de la tumeur.

Le 5 juin. Longue incision sur le bord antérieur du radius. On tombe sur des fongosités qui font hernie sous le bistouri; lorsque leur poche a été incisée on trouve du pus formant des grumeaux caséeux épais. On trouve également des frag-

ments d'os. Le radius est partiellement réséqué dans l'étendue de la partie malade. On place un drain passant par l'incision et par une contre-ouverture faite sur la face antérieure de l'avant-bras. Le membre est placé dans une position voisine de la supination et immobilisé par un appareil plâtré.

Le 10 juillet, la malade va très bien, la cicatrisation est en grande partie obtenue. On continue les fréquentes cautérisations profondes jusqu'à l'os avec le nitrate d'argent.

Cette observation est très intéressante au point de vue du diagnostic.

En présence des symptômes présentés par la malade, on pourrait se demander si on n'avait pas affaire à une tumeur maligne. Quand on a ouvert, on a trouvé des fongosités. L'origine et la nature de ces fongosités devenaient deux questions importantes à résoudre. Les fragments d'os malade, le stylet explorateur ont éclairé le diagnostic.

Nous pouvons rencontrer des *ostéomes*, des *ostéosarcomes*. Ces affections pourront siéger soit à la partie inférieure des deux os de l'avant-bras, soit sur les os du carpe ou sur les métacarpiens. Il sera en général facile de reconnaître que les tendons sont absolument séparés de la tumeur qui n'est nullement mobile, et qui fait corps avec l'os malade. Les *ostéites* des métacarpiens pourront à un moment donné être confondues avec la synovite fongueuse. Il y a généralement une tuméfaction siégeant le long de la diaphyse et visible sur la face dorsale du poignet. Il y a de la douleur et de la gêne dans les mouvements. Le mal fait des progrès et un abcès ne tarde pas à se former. La peau s'amincit, devient violacée et se rompt. L'abcès reste fistuleux et les bords de l'ouverture deviennent fongueux

rougeâtres. L'exploration avec le stylet suffira pour reconnaître le point de départ de l'affection. Les *enchondromes* des métacarpiens donnent également lieu à une tuméfaction sur la région dorsale. Ces tumeurs sont arrondies, quelquefois bosselées. Le métacarpien peut prendre la forme d'un fuseau si l'enchondrome est central. La peau qui recouvre ces tumeurs est normale, non adhérente. Les tendons se meuvent facilement, il y a seulement une gêne relative dans les mouvements des doigts. La tumeur n'est pas entraînée par les mouvements des tendons. Elle est absolument immobile et fait corps avec l'os. Si la coque osseuse qui l'entoure est mince, on peut la déprimer et obtenir la sensation de parchemin. Les exostoses seront reconnues à leur dureté.

Arthrites. — Une tumeur blanche de l'articulation radio-carpienne est assez facilement reconnue; le siège de la douleur, le gonflement de la jointure, les fongosités, etc. L'*arthrite carpienne* peut être confondue avec la synovite fongueuse. Cependant dans l'arthrite carpienne toutes les articulations du carpe sont prises, la douleur siège à la face palmaire et à la face dorsale. Dans la synovite fongueuse des extenseurs, la douleur n'existe pas à la région palmaire, la tumeur est bien mieux limitée. Outre le gonflement dans l'arthrite, il y a de la rougeur de la peau. La pression, peu douloureuse dans la synovite, est quelquefois intolérable dans l'arthrite. Les mouvements sont très douloureux, presque impossibles dans l'arthrite. Le pus se forme et se fait jour en plusieurs points à la face dorsale, fistules intarissables donnant

issue au pus, à des séquestres. A ce moment l'erreur n'est plus possible.

Des *luxations* non réduites du carpe ont pu donner lieu à une tumeur dorsale; il suffit de les mentionner

Des tumeurs vasculaires sanguines ont été rencontrées au poignet. Une tumeur érectile a été prise pour un kyste par Dupuytren et un kyste a été pris pour un anévrysme (Michon). Nous avons trouvé dans le Bulletin de la Société de chirurgie, 1860, une observation de tumeur érectile diagnostiquée par M. le professeur Richet, qui simulait très bien une synovite fongueuse.

On peut encore rencontrer des *névromes faux*, c'est-à-dire tumeurs accompagnées de névralgies, et des *névromes vrais* ou tumeurs développées sur le trajet d'un nerf. Ces tumeurs sont rares, caractérisées par des douleurs vives, spontanées, localisées en un point fixe ou s'irradiant dans tout le membre. La pression la plus légère est douloureuse. Ces tumeurs sont généralement multiples.

Nous avons déjà parlé des *abcès froids* qu'on avait pu confondre avec des kystes à grains riziformes, des *lipomes* qui sont quelquefois durs, d'autres fois fluctuants et crépitants à la pression (Boinet, Soc. chir., 1866; Trélat, 1868) au point d'occasionner des erreurs de diagnostic.

La tumeur qu'on rencontre le plus fréquemment, soit à la face dorsale, soit à la face palmaire, est le *kyste synovial folliculaire*. Plus fréquent chez la femme que chez l'homme, il présente généralement un début brusque coïncidant avec un effort. C'est une

tumeur rénitente, dure, arrondie, indolente, dont le volume varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une noisette. La peau qui la recouvre est absolument normale. On peut rencontrer également une petite tumeur qui ressemble à la précédente et qui est formée par la *hernie de la synoviale* produite à la suite de l'hydarthrose. Elle se distingue du ganglion par sa forme moins arrondie et moins délimitée et par sa réductibilité.

On a trouvé également des *kystes sébacés* à la face dorsale de la main. Blum en a extirpé un du volume d'une noix, situé à la face dorsale du premier espace intermétacarpien. Les *kystes hydatiques* sont très rares. Enfin on a vu de petits kystes sous-cutanés siégeant sur l'éminence thénar ou hypothénar. Ces kystes renferment de la mucine (1).

L'*épithélioma glandulaire* a été observé sur la face dorsale de la main. Cette tumeur commençant par un simple bouton, progressivement croissante, a une consistance semblable à celle des loupes. Elle est très mobile, développée exclusivement dans la peau, présentant une fine vascularisation à sa superficie. Les ganglions s'engorgent. Elle finit par s'ulcérer et faire corps avec les tissus voisins.

Les angiomes lipomateux peuvent siéger également sur la face dorsale de la main. Ce sont des tumeurs sous-cutanées, sans altération de la peau, lobulées, d'une résistance élastique, mobiles dans tous les sens. Elles offrent les caractères des lipomes et aucun de ceux des tumeurs érectiles.

(1) M. le professeur Le Fort a signalé (Bull. Soc. chir., p. 547) un kyste synovial du petit doigt contenant également de la mucine.

Parmi les affections cutanées qui présentent une surface ulcérée et des fongosités, nous mentionnerons l'*épithélioma* ulcéré de la face dorsale de la main. Cette affection se reconnaîtra facilement aux croûtes, à l'ulcération, aux bords indurés, irréguliers taillés à pic. La base de l'ulcération est presque toujours dure, la vascularisation anormale des parties qui entourent l'ulcération est un bon signe. La marche sans être rapide est fatalement envahissante. De la surface ulcérée s'exhale un liquide ichoreux, sanieux et fétide. Il y a quelquefois des douleurs spontanées, lancinantes. Les ganglions s'engorgent au bout d'un certain temps, et l'état général devient mauvais.

Gubler, Hérard et Nicaise ont signalé chez les saturnins une *tuméfaction* siégeant sur le dos de la main. Il peut y avoir au début un œdème plus ou moins marqué et une douleur quelquefois vive, bientôt la tumeur est constituée par une ou plusieurs nodosités indolentes, sans rougeur, ayant une consistance cartilagineuse et suivant les mouvements des tendons. Ces tumeurs apparaissent peu après la paralysie et disparaissent avec elle, sans laisser de trace. On doit la considérer avec Charcot comme une lésion trophique consécutive aux altérations du système nerveux. Gubler, Charcot et Vulpian ont d'ailleurs montré que cette tumeur dorsale se rencontre aussi en dehors du saturnisme dans les paralysies d'origine cérébrale, l'atrophie musculaire et dans les cas de paralysie radiale.

Nous pouvons citer encore le *phlegmon* des gaines synoviales. Cette affection peut avoir un début lent et insidieux ou arriver brusquement dans le cours d'un

panaris par exemple. On constate une douleur intolérable à l'éminence thénar ou hypothénar. Le gonflement siège à la paume de la main et à la face inférieure de l'avant-bras, étranglé à sa partie moyenne par le ligament annulaire. Pas de rougeur, pas de fluctuation, mais symptômes généraux intenses. Si on ne donne pas issue au pus, la synoviale s'ulcère, on observe des phlegmons diffus, profonds de l'avant-bras; d'autres fois, lésions osseuses et articulaires.

OBSERVATION VI.

Hôpital de la Pitié, service de M. Polaillon.

Observation de synovite fongueuse de l'extenseur commun des doigts, avec ostéite probable du 3^e métacarpien (personnelle).

Mathilde Ma..., 19 ans, salle Gerdy, n° 12, est entrée dans le service il y a trois mois pour synovite fongueuse de l'extenseur commun des doigts.

Le début remonte à deux ans et demi sans cause connue. Cette malade hystérique est lymphatique et scrofuleuse; réglée à 16 ans pour la première fois, elle a eu depuis une menstruation tout à fait irrégulière. Avant le début de sa maladie, elle n'a jamais eu d'affections sérieuses; elle accuse de temps en temps des douleurs rhumatoïdes, dans les grandes articulations, mais qui ne nécessitent pas l'interruption de son travail. Pas de symptômes de syphilis actuelle ou ancienne. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a deux ans et demi elle ressentit, sans traumatisme, une douleur assez vive sur la face dorsale du métacarpe de la main droite. A ce même niveau, rougeur assez vive se prolongeant sur la face postérieure de l'avant-bras. Entrée à l'hôpital Rotschild elle resta environ cinq mois et fut traitée par l'ignipuncture. Au bout de ce temps elle sortit très améliorée et elle put reprendre ses occupations; pendant trois ou quatre mois, rien de nouveau. A la suite de fatigues et d'efforts nécessités par son travail de couture, le gonflement reparut et avec lui la rougeur. Elle entre de nouveau à l'hôpital Rotschild. Le même traite-

ment fut appliqué. Ignipuncture fréquemment répétée. Elle sortit non guérie et entra dans le service de M. Polaillon il y a trois mois. Le diagnostic synovite fongueuse avec ostéite probable du troisième métacarpien fut porté. On fit successivement des applications de teinture d'iode et de l'ignipuncture, et on lui immobilisa le membre au moyen d'appareils inamovibles. A cette époque la synovite n'était pas encore très développée et, en raison de la douleur qui se manifestait à la face palmaire, on pensait à de l'ostéite. La malade fut envoyée au Vésinet et au bout d'un mois elle revint dans le service. On constate que la tuméfaction dorsale du carpe a beaucoup augmenté de volume.

Aujourd'hui 3 novembre 1882, cette tuméfaction est indolente, même à la pression, elle est mollassse. Sa forme est ovulaire longitudinale, elle s'étend depuis l'articulation métacarpo-phalangienne du médius jusqu'au niveau de l'articulation radio-carpienne. La largeur est d'environ deux centimètres et demi. Cette tumeur est très mobile latéralement. Il est impossible de la faire mouvoir longitudinalement. La peau qui la recouvre, non-adhérente, est violacée. Elle paraît adhérente aux tendons de l'extenseur commun et paraît ne pas présenter d'adhérences avec les parties profondes. Molle dans toute son étendue, elle donne la sensation de fluctuation. Depuis environ deux mois les mouvements de flexion et d'extension sont impossibles. Nous essayons de faire fléchir légèrement les doigts médius et annulaire. La malade accuse de la douleur. L'extension forcée ne peut être obtenue. Les trois autres doigts sont libres et peuvent être étendus et fléchis. Sensation d'engourdissement et de fourmillement dans le médius et l'annulaire. La douleur se perçoit en plaçant l'index sur la face dorsale, le pouce sur la face palmaire au niveau de la tumeur. Cette douleur existe aussi bien à la paume qu'à la face dorsale, c'est ce qui fait diagnostiquer une ostéite du troisième métacarpien s'accompagnant de synovite fongueuse. Le début cependant est douteux. On se demande si la synovite est consécutive à l'ostéite.

Le 28 novembre. Opération. Après avoir appliqué la bande d'Esmarch, M. Polaillon fait un lavage phéniqué de la région. Il opère au milieu des vapeurs phéniquées. Il a fait apporter

des curettes, espérant faire le raclage des fongosités s'il y a lieu. Incision longitudinale comprenant à peu près la longueur totale de la tumeur. Il arrive sur les fongosités qu'il dissèque, qu'il ne trouve adhérentes qu'aux tendons extenseurs. Il les détache avec le bistouri. L'opération est faite assez facilement sans qu'il soit besoin de se servir des curettes. Le métacarpien ne paraît pas malade. Après avoir enlevé toutes les fongosités, M. Polaillon place un petit drain de un centimètre de longueur à l'extrémité inférieure de l'incision, Il le place debout, perpendiculairement. Il réunit les lèvres de la plaie au moyen de quatre points de suture métallique. Un pansement antiseptique est appliqué. Le membre tout entier est enveloppé d'ouate et on place une attelle qui maintient le membre dans l'extension et dans l'immobilité absolue.

Les fongosités enlevées sont molles et présentent le volume d'une noix. Elles sont envoyées à M. Cornil pour l'examen microscopique.

Deux jours après, M. Polaillon enlève un des points de suture et diminue le drain. La plaie a très bon aspect, pas d'inflammation, pas de suppuration. La réunion est en bonne voie. Les autres points de suture sont enlevés successivement les jours suivants et aujourd'hui 6 décembre il y a réunion par première intention. Le résultat est complet.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Synovite fongueuse.

Les résolutifs, les révulsifs, la compression, les vésicatoires, la cautérisation transcurrente, tous ces moyens ont été employés sans succès. On s'est quelquefois servi de pâtes caustiques dans les cas de fon-

gosités proéminentes. Ces pâtes sèches étaient taillées en pointes et on pouvait les enfoncer dans la tumeur. Cette cautérisation était presque toujours insuffisante et il était presque impossible de ménager les tendons perdus au milieu des fongosités. Lenoir s'est servi du bistouri pour enlever les fongosités. Après avoir incisé la peau, il recherchait et disséquait les tendons, les suivait un à un, et une fois certain de ne pas les atteindre, il enlevait toutes les fongosités. Cette opération difficile et grave ne doit plus être employée lorsque les os sont malades. Tels sont les moyens qui nous ont été enseignés par nos ouvrages classiques. L'ignipuncture a été essayée comme moyen curatif des fongosités, et a donné quelquefois de bons résultats. M. Richet l'a employée pour les fongosités articulaires et s'en est fort bien trouvé. Mais c'est surtout associée à l'immobilisation qu'elle pourra rendre de véritables services. L'immobilisation est un véritable antiphlogistique et c'est à ce titre qu'on l'emploie dans les cas de fongosités articulaires.

C'est un élément important du traitement non opératoire des synovites fongueuses et des synovites en général. On placera au malade une attelle plâtrée immobilisant la partie malade seule, laissant la liberté au membre et on fera de l'ignipuncture de temps en temps. Nous avons vu dernièrement à la Pitié M. Poilaillon se servir du bistouri pour enlever des fongosités. L'observation a été recueillie et rapportée.

Un des moyens qui donne de bons résultats est le raclage des fongosités associé au pansement antiseptique. On ne le trouve pas décrit dans les ouvrages classiques et quoique employé par un certain nombre de

chirurgiens, nous n'en avons trouvé qu'une observation (1881). M. Polaillon, après avoir essayé sans succès le badigeonnage de teinture d'iode et la compression, a opéré une synovite fongueuse des fléchisseurs par l'ouverture de la gaine et le raclage des fongosités.

Toutes les précautions de la méthode antiseptique furent prises et la bande d'Esmarch fut appliquée; incision de 6 à 7 cm. sur la face antérieure de l'avant-bras au-dessus du ligament annulaire du carpe, puis raclage des fongosités avec des curettes droites et des curettes courbes, en conduisant l'instrument au-dessous du ligament annulaire pour nettoyer le cul-de-sac inférieur. Les tendons fléchisseurs étaient à nu dans le fond de la plaie. Quelques sutures métalliques et un pansement de Lister furent appliqués. Par-dessus celui-ci un bandage ouaté compressif comprenant la main, l'avant-bras et le bras avec une attelle de bois à l'avant-bras maintenant l'immobilité des parties. La guérison eut lieu sans suppuration. La cicatrice avait d'abord des adhérences qui peu à peu se relâchèrent. Un an après, les mouvements n'étaient pas gênés et la cicatrice cutanée n'était pas entraînée.

Kystes à grains riziformes. — Les vésicatoires souvent répétés (Velpeau) ont quelquefois, mais rarement, fait diminuer le volume de ces kystes. Les divers liquides résolutifs (alcool, teinture d'iode), seuls ou associés à la compression, ont pu donner quelques bons résultats, malheureusement trop peu fréquents.

Les moyens chirurgicaux employés sont l'*extirpation*, la *ponction simple*, ou suivie d'injection iodée,

l'incision, le séton, le *drainage*. L'extirpation est une opération dangereuse et rejetée depuis longtemps. La ponction simple ne peut suffire seule à la guérison de la tumeur. La ponction suivie d'injection iodée a été préconisée par un certain nombre de chirurgiens et en particulier par Velpeau.

Après avoir évacué le liquide du kyste et les grains riziformes, on fait plusieurs lavages, avec de l'eau tiède. On pousse l'injection iodée, teinture d'iode pure pour un kyste ancien, ou bien comme Velpeau une partie de teinture d'iode pour deux d'eau. Le liquide est laissé pendant dix minutes dans le kyste.

Demarquay employa une fois le procédé suivant :

Après avoir incisé et vidé le kyste, il y passa un tube à drainage. Il attendit une dizaine de jours et fit une injection iodée, quand l'inflammation primitive résultant de l'ouverture de la poche fut produite. Le tube à drainage séjourna quinze jours dans la plaie. Après quatre semaines la guérison était complète.

L'incision suivie de l'application d'un séton était pratiquée par Dupuytren. Il faisait deux ouvertures, une sur chaque moitié de la tumeur, et passait une mèche d'une ouverture à l'autre. Cette méthode donnait presque toujours lieu à des accidents fort graves d'inflammation aiguë ou bien transformait la synovite à grains riziformes en synovite fongueuse.

James Syme pratiquait l'incision du ligament annulaire antérieur du carpe. M. Ollier, de Lyon, a traité les kystes tendineux du poignet avec ou sans grains riziformes par l'incision ou l'extirpation; il faisait un pansement par l'occlusion inamovible, c'est-à-dire pansement ouaté remontant jusqu'à l'épaule.

Quelques tours de bande modérément serrés étaient faits et il appliquait ensuite une bande silicatée. Il a obtenu un certain nombre de guérisons.

M. Al. Guérin a guéri sous l'ouate plusieurs kystes hordéiformes préalablement incisés sans qu'aucun accident s'en soit suivi.

Grâce au traitement antiseptique, l'incision avec drainage donne aujourd'hui de très beaux résultats. Après avoir pratiqué deux incisions, ou une seule, suivant le siège et la forme de la tumeur, on procède à l'évacuation du liquide et des grains. On peut, comme le fait M. le professeur Verneuil, déterger le kyste au moyen du doigt, puis on injecte dans la tumeur de l'eau phéniquée au 20°. Cette injection a pour but de nettoyer la poche et aussi de modifier la membrane interne du kyste et de favoriser le développement de l'inflammation adhésive. Si on a fait deux incisions on peut se servir d'un drain unique qui entre par l'ouverture supérieure et sort par l'inférieure, on peut aussi employer deux petits drains, un dans chacune des ouvertures. Volkmann au congrès des chirurgiens allemands apprit qu'après avoir ouvert le sac à ses deux extrémités et l'avoir vidé, il introduisait un drain auquel il imprimait des mouvements de va-et-vient pour détacher les grains riziformes.

M. Nicaise a employé le *raclage* avec succès. Après avoir incisé le kyste et évacué le liquide et les grains, on introduit une curette courbe par l'incision inférieure et on pratique avec douceur le raclage des parois, tant pour détacher les grains riziformes adhérents que pour produire de l'avivement. La même opération est faite sur les parois de la tumeur du poignet jusque dans le ca-

nal radio-carpien sous le ligament annulaire. Après avoir pratiqué le curage, on pousse plusieurs injections d'eau phéniquée faible dans la cavité pour la débarrasser du caillot et des produits du raclage. Ces injections seront suivies d'une injection d'eau phéniquée au 1/20 ; trois ou quatre points de suture métallique réunissent les bords de la plaie. Un drain en caoutchouc est placé dans chacune des ouvertures, puis on fait un pansement antiseptique.

Synovites syphilitiques. — Il est aujourd'hui bien démontré que le traitement général employé seul suffit à dissiper rapidement les accidents qui constituent la première forme, c'est-à-dire l'hydropisie simple sans inflammation de la synoviale. La deuxième forme, ou *ténosite* vraie, caractérisée par les phénomènes inflammatoires, exige en dehors du traitement général un traitement local (catapl. laud., fomentations émollientes, liniments, narcotiques, enveloppement ouaté, etc.). Dans les cas d'inflammation locale vive on aura recours aux ventouses scarifiées et aux vésicatoires volants. Dans la forme fruste, le traitement sera interne. Si la douleur est trop vive, on pourra y joindre également un traitement local.

Contre les accidents tertiaires, on prescrira des frictions d'onguent napolitain ou une compression avec des bandelettes agglutinatives de sparadrap de Vigo.

À l'intérieur, on instituera le traitement spécifique, mercure et iodure de potassium.

Fibromes. Enchondromes. Sarcomes. — L'extirpation

vec pansement antiseptique est le traitement indiqué.

Carcinomes. — Sarcomes récidivés. Dans ces cas, l'amputation du membre sera souvent la seule ressource.

Toutes les fois que le mal sera bien limité et qu'on pourra l'enlever totalement sans occasionner de trop grands dégâts, on se bornera à l'ablation. Sinon l'amputation du membre ou partie du membre sera nécessaire.

Synovite fongueuse tuberculeuse. — Nous pensons que le raclage des fongosités avec le pansement antiseptique est le meilleur traitement qu'on puisse essayer. Il a d'ailleurs pleinement réussi à M. Bouilly dans un cas de synovite fongueuse des péroniers latéraux regardée comme tuberculeuse. (*Gaz. méd. de Paris*, 1881, p. 437.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bidard.** — Syn. tend. chronique. Th. Paris, 1858.
- Blum.** — Chirurgie de la main, 1882.
- Bouilly.** — Synov. fong. des péroniers latéraux. Gaz. méd. Paris, 1880.
- Boinet.** — Lipome sous-aponév. de la main. Gaz. hôp., 1866.
- Cazanou.** — Tum. blanche des synov. tend. Th. Paris, 1866.
- Chassaignac.** — Cancer des synoviales. Gaz. des hôpitaux, 1852.
- Daviot.** — Tuméf. de la face dorsale de la main dans l'intoxication saturnine et les paralysies de cause cérébrale. Th. Paris, 1869.
- Demarquay.** — Tum. fibro-plastique des tendons fléchisseurs. Bull. Soc. chir., 1853.
- Desault.** — OEuvres chirurgic., t. I, p. 192. Ed. Bichat.
- Duplay.** — Kystes hordéiformes du poignet. Tribune médicale, 1875.
- Duplay.** — Angiome de la face dorsale de la main. Archives de méd., 1875.
- Déville.** — Lésions des bourses séreuses de la main. Bull. Soc. anat., 1851.
- Dupuytren.** — Des kystes séreux contenant des hydatides. Leçons orales, clin. chir., t. II.
- Foucher.** — Hist. des tum. syn. des doigts. Gaz. heb., 1855.
- Faucon.** — Kystes hordéiformes du poignet. Bull. Soc. chir., 1874.
— Note sur le traitement des kystes synov. tendineux. Bull. Soc., 1882.
- Follin et Duplay.** — Pathologie externe.
- Fournier.** — Note sur les lésions des gaines tend. dans la syphilis secondaire. Gaz. heb., 1868.
- Gosselin.** — Recherches sur les kystes synov. de la main et du poignet. Mém. de l'Acad. de méd. de Paris, 1851.
- Gosselin.** — Leçons cliniques.
- Jamain et Terrier.** — Pathol. chirurgicale.
- Legouest.** — Kystes synov. de la main et du poignet. Th. agr. 1857.

- Lancereaux.** — Syn. tub. des tendons des doigts et de la main. Bull. Soc. anat., 1873.
- Michon.** — Tum. synov. de la partie inférieure de l'avant-bras. Th. concours, 1851.
- Nicaise.** — Synovite à grains riziformes. Gaz. méd., 1872. — Id. Gaz. des hôpitaux, 1881. — Id. Traité des kystes hordéiformes. Revue de chirurgie, 1881.
- Pezzer.** — Tumeurs solides des gaines synoviales. Th. Paris, 1880.
- Polaillon.** — Synovite fongueuse, traitement. Revue chir., 1881.
- Poncet, de Lyon.** — Kystes tendineux du poignet, traitement. Bull. thér., 1873.
- Richet.** — Tum. érectile de l'avant-bras et de la main. Bull. Soc. chir., 1860.
- Terrier et Verchère.** — Synov. tendineuse tuberculeuse des gaines synoviales de la paume de la main. Rev. chir., 1882.
- Trélat.** — Lipome de la main, simulant un kyste synovial. Gaz. hôp., 1868.
- Verneuil.** — De l'hydropisie des gaines tendineuses des extenseurs des doigts. Gaz. hebdom., 1868. — Lésions syphil. tertiaires, in ibid., 1873.
-

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Appareil de la respiration.

Physiologie. — Phénomènes chimiques de la respiration et de l'absorption pulmonaire.

Physique. — Induction par les aimants, appareils employés en médecine.

Chimie. — Caractères génériques des chlorates et des hypochlorites, préparation et propriétés des hypochlorites, de potasse, soude, chaux.

Histoire naturelle. — Des étamines, du pistil, de l'ovaire, de l'ovule.

Pathologie externe. — Du traitement des tumeurs blanches.

Pathologie interne. — De la cirrhose.

Pathologie générale. — Des hydropisies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hématocèle rétro-utérine.

Médecine opératoire. — Des conditions qui peuvent rendre plus difficile l'opération de la hernie étranglée.

Pharmacologie. — Des préparations pharmaceutiques dont l'opium est la base.

Thérapeutique. — Médicaments antiseptiques.

Hygiène. — Causes d'insalubrité dans les hôpitaux.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie de celles faites après la mort.

Accouchements. — Rupture de l'utérus.

Vu par le président de la thèse,
L. GOSSELIN.

Vu, bon et permis d'imprimer.
Le vice recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

